

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 394

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 Juin 1898, à 1 heure

Par HENRI CURY

né le 21 décembre 1872, à Iviers (Aisne)

Ancien Interne de la Maison départementale de Nanterre
Ancien Externe des hopitaux et de la clinique Baudelocque
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

HYGIÈNE SOCIALE

DE LA GROSSESSE

CHEZ LES FEMMES DE LA CLASSE OUVRIÈRE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : } MM. POTAIN professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

394

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 Juin 1898, à 1 heure

Par HENRI CURY

né le 21 décembre 1872, à Iviars (Aisne)

Ancien Interne de la Maison départementale de Nanterre
Ancien Externe des hopitaux et de la clinique Baudelocque
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

HYGIÈNE SOCIALE

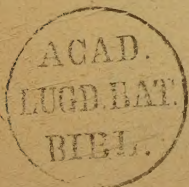
DE LA GROSSESSE

CHEZ LES FEMMES DE LA CLASSE OUVRIÈRE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : } MM. POTAIN professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de
Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

HYGIÈNE SOCIALE

DE

LA GROSSESSE

CHEZ LES FEMMES DE LA CLASSE OUVRIÈRE.

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance aux maîtres qui pendant sept années nous ont donné de multiples témoignages de leur bienveillance.

Nous avons perdu dès le début de nos études nos deux premiers maîtres, le professeur Léon Le Fort et M. Juhel-Renoy. Nous avons gardé précieusement le souvenir de leur enseignement si attachant et de leur rare bonté.

Messieurs Hallopeau, Marfan et Brault ont bien voulu nous accepter comme externe dans leurs services, nous les prions de croire à toute notre reconnaissance.

Messieurs Lejars, Varnier, Achard, Thiéry professeurs agrégés à la Faculté, Beclère, médecin de l'hôpital Te-

non, Bouffe de Saint-Blaise, ancien chef de clinique à la Faculté, ont été pour nous des maîtres dont les enseignements nous furent d'un grand profit.

M. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la Maison de Nanterre, a bien voulu nous confier les fonctions d'interne dans son service. Nous regrettons que les circonstances ne nous aient point permis de rester plus longtemps sous sa direction.

Nos amis Léon Bernard et Georges Schultz nous permettront de les remercier ici de la constante amitié qu'ils ont bien voulu nous témoigner pendant le cours de nos études et de leur en dire notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Tous les auteurs qui ont traité de l'obstétrique ont consacré un chapitre spécial à l'étude des règles hygiéniques dont il convient d'imposer l'observation aux femmes enceintes afin d'éviter les accidents qui peuvent interrompre le cours de leur grossesse ou compromettre la vitalité du produit de la conception.

Mauriceau consacre l'un des chapitres de son ouvrage à indiquer « de quelle façon la femme se doit gouverner pendant tout le cours de sa grossesse, lorsqu'elle n'est accompagnée d'aucuns accidents considérables, pour tâcher d'éviter ceux qui lui pourraient arriver (1) ». Tous ceux qui ont écrit après lui ont repris cette question. Les progrès de la science aidant, les règles se sont simplifiées. Aujourd'hui nous ne discutons plus pour décider s'il convient de saigner ou de purger méthodiquement toutes les femmes enceintes, mais nous possédons un ensemble de règles hygiéniques touchant le régime alimentaire, le vêtement, l'exercice, l'habitation, règles auxquelles nous soumettons les femmes enceintes au cours de leur grossesse.

1. Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*. Ch. XII. T. 1. p. 117. 7^e édition, 1740.

Un second point a également attiré l'attention des médecins et celui-ci depuis une époque plus récente. Les causes de l'interruption de la grossesse sont actuellement mieux connues qu'autrefois et certains chapitres intitulés : « *Mort habituelle du fœtus* », « *Avortement habituel* », tendent à disparaître du cadre de la nosologie obstétricale. Les accoucheurs ont étudié soigneusement la pathologie de la grossesse. Nous connaissons aujourd'hui l'influence des infections et des diathèses sur le développement de l'œuf. Il nous est possible de prévoir et de conjurer les troubles qui résultent pour la mère et pour l'enfant d'une grossesse se compliquant d'altérations statiques ou dynamiques des différentes parties de l'organisme maternel ou fœtal. A un point de vue qui intéresse plus spécialement les hygiénistes, on a étudié l'influence produite sur l'évolution de la grossesse par diverses intoxications professionnelles (saturnisme, tabagisme, hydrargyrisme, etc.) ou chroniques (alcoolisme, morphinomanie).

Il pourrait donc sembler oiseux de nous voir aborder un chapitre de l'obstétrique, où tant de progrès rapides et remarquables ne laissent rien à glaner. Cependant nous avons cru pouvoir le faire et sans prétendre à ajouter beaucoup à ce qui a été écrit jusqu'à ce jour, nous avons choisi cette question comme sujet de notre thèse.

Il y a cinquante ans seulement, une semblable étude n'eût été que de peu de portée : sauf les industries agricoles et les arts mécaniques où seules elles sont employées, peu de femmes travaillaient dans l'industrie. Actuellement il n'en est plus de même, de profondes transformations

économiques ont modifié les conditions d'existence des classes ouvrières.

Il n'est pas d'industrie qui n'emploie des femmes, cette situation peut être considérée comme l'un des côtés les plus intéressants, au point de vue sociologique, de la question du féminisme.

De plus, depuis cette époque, de profondes transformations économiques ont modifié les conditions d'existence des classes ouvrières. Ce qui caractérise l'évolution industrielle de notre époque, c'est le développement prodigieux de la machine et la substitution des grandes industries aux petits ateliers. On pouvait espérer que la machine allégerait le sort de l'ouvrier et que sa situation pourrait être rendue meilleure. Il ne semble point que cette prévision se soit transformée en réalité. « L'homme a été condamné à suivre la machine colossale qu'il dirige ; comme elle, il ne peut se reposer ; son attention ne saurait se ralentir. La machine ne reconnaît d'autre limite à sa rapidité que la faiblesse de l'homme à la suivre (1) ».

Les conséquences des conditions de l'existence moderne ont donné au surmenage, envisagé comme cause morbide et qui n'avait autrefois qu'un rôle effacé, une importance dont réalité s'affirme de jour en jour.

Sans vouloir entrer dans la discussion d'une question aussi grave, nous avons cru devoir en envisager un côté, rechercher le mal et tâcher de montrer où l'on pourrait espérer trouver le remède.

1. A. Masso. *La fatigue intellectuelle et physique*. Trad. de Langlois. Paris, 1894.

Les femmes de la classe ouvrière, c'est-à-dire celles qui sont obligées de travailler pour subvenir soit à leurs besoins personnels, soit aux charges de leur famille, sont dignes du plus grand intérêt pendant tout le cours de leur grossesse. Elles ne peuvent prétendre au repos qui est indispensable à leur situation, parfois même leur état leur interdit un travail qui est leur seul moyen d'existence. En définitive, la victime est l'enfant à naître. Cet enfant qui vit sa vie intra-utérine péniblement et dans de mauvaises conditions, naît souvent débile et peu apte à résister aux causes de morbidité qui l'entoureront dès sa naissance, plus que tout enfant appartenant à une classe sociale plus élevée.

Si l'on veut bien réfléchir à ce fait, que de nombreuses statistiques ont confirmé, à savoir que les classes les moins fortunées de la société sont celles qui fournissent l'appoint le plus considérable à la natalité on pourra se convaincre de l'intérêt que ce sujet nous a semblé présenter.

La dépopulation est une des questions les plus fréquemment soulevées de notre temps. Qu'elle soit la conséquence des conditions économiques de notre existence ou des lois sociales et civiles qui régissent la constitution de l'état et de la famille à notre époque, il n'en est pas moins incontestable que la limitation volontaire du nombre des naissances semble être entrée profondément dans nos mœurs. Que des réformes viennent modifiant plus équitablement la répartition des charges sociales, soulageant les familles nombreuses et nécessiteuses, ces lois n'auront point un effet immédiat ; les dispositions législatives ne peuvent

guère prévaloir contre les mœurs d'un peuple et d'une époque et ce n'est qu'insensiblement et au bout d'un temps plus ou moins long, qu'elles parviennent à produire l'effet qu'on peut en attendre. Il y a donc pour le moment intérêt à sauvegarder autant que possible la faible natalité qui permet à la population de la France de ne point décroître. Il importe de diminuer autant que possible la mortinatalité et la mortalité infantiles qui viennent diminuer le bénéfice absolu de la natalité et exercent leurs ravages surtout au détriment des enfants des classes pauvres nés dans les mauvaises conditions auxquelles nous faisons allusion plus haut.

Bien que nous ayons accordé à l'étude de la protection légale du travail de la femme enceinte, l'importance que cette question mérite, nous nous sommes beaucoup plus attaché à rechercher quels résultats on pourrait obtenir en pratiquant l'hospitalisation des femmes enceintes nécessaires avant et après leur accouchement. Nous avons comparé les différents établissements créés soit par l'initiative privée, soit par les pouvoirs publics pour parvenir à ce but. Nous en avons étudié le fonctionnement et cherché dans la mesure du possible à faire voir quels sont les résultats obtenus et ceux que l'on est en droit d'attendre de l'extension de ce mode d'assistance.

Au point de vue historique, notre sujet n'offre que peu de choses à dire, il s'agit d'une question née des nécessités sociales de notre époque, et ce problème ne pouvait présenter pour nos devanciers le haut intérêt que nous croyons pouvoir légitimement y attacher.

Mauriceau (1) recommandait le repos absolu au moins pendant les deux derniers mois de la grossesse «... elle (la femme enceinte) doit gouverner ses exercices en telle sorte qu'elle pêche plutôt au trop de repos qu'au trop d'agitation, car le danger est bien plus grand dans le mouvement immodéré que non pas dans le repos ». A la même époque, nombre d'auteurs conseillaient aux femmes enceintes l'exercice allant presque jusqu'à la fatigue, croyant par là rendre la femme plus robuste et la mieux préparer au travail de l'accouchement. Mais ce ne sont là que des remarques générales et qui ne s'appliquent point directement au sujet qui nous occupe.

Seul, Marc (2), auquel on doit la rédaction de la partie de l'article « grossesse » qui traite de l'hygiène et de la médecine légale dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, consacre un chapitre entier à « la grossesse considérée sous le rapport de l'hygiène publique ». Dans ce chapitre assez curieux et où l'on retrouve l'influence nette des idées du XVIII^e siècle, il propose « d'exempter les femmes enceintes des travaux corporels contraires à leur état ». Il fait remarquer la fréquence des avortements et des accouchements prématurés chez les femmes qui se livrent aux travaux pénibles de la culture et chez les blanchisseuses. Il ajoute qu'il faut « réprimer l'allaitement prolongé des nourrices mercenaires enceintes ». Quoique à ce dernier point de vue, les idées aient évolué et que l'on rencontre aujourd'hui nombre d'auteurs qui pensent

1. Mauriceau, *loc. cit.*, page 122.

2. *Dictionnaire des Sciences Médicales*, T. XIX p. 507-530. Panckouke, 1817.

à juste titre que dans de bonnes conditions hygiéniques, la lactation ne soit point de nature à empêcher l'évolution normale d'une grossesse coexistante, il convient de remarquer qu'à l'époque où Marc écrivait, ce vœu n'avait rien que de très louable. Enfin il veut que « l'on soulage la misère des femmes enceintes et que leurs maladies soient convenablement traitées ». Il termine ce chapitre qui ne comprend pas moins de vingt-quatre pages par la conclusion suivante que nous avons cru intéressant de reproduire ici. Ayant exposé l'utilité que la Société retirerait de l'ensemble des moyens qu'il propose, et en particulier de la création d'une surveillance médicale efficace il dit :

« Une pareille mesure ne présente selon moi d'autre difficulté que celle qui a son siège dans l'opinion publique, laquelle n'improûve souvent une nouvelle institution, que par le seul motif qu'elle est neuve, et qu'elle paraît extraordinaire à ceux qui ne savent point en saisir le but salutaire. Mais une semblable considération doit-elle arrêter le zèle des véritables administrateurs ? Peu d'années suffiront en effet pour convaincre la multitude et pour la faire concourir d'elle-même à l'exécution des moyens que l'intérêt social réclame. Respectons, dira-t-elle, alors les droits qu'avant sa naissance l'homme a déjà aux bienfaits de la Société ; accordons tout notre respect et toute notre sollicitude à l'état de grossesse, puisqu'il prépare la vie à des êtres qui, un jour, seront nos semblables. Les soins et les attentions de l'autorité nous prouvent quelle importance elle attache à cette partie de nos devoirs. Redoutons de nous rendre coupable afin que son improbation ne punisse l'insouciance et

l'immoralité qui, si souvent, frustrent l'Etat de ses plus chères espérances (1). »

Mais il nous faut avouer que ces arguments d'ordre essentiellement spéculatif ne pouvaient conduire à un résultat pratique. Ce n'est que de notre époque que datent les premières tentatives réelles de protection de la femme enceinte. Le premier asile fondé en France et dû à l'action de l'initiative privée fut ouvert en mars 1892 à Paris, par la Société pour la propagation de l'allaitement maternel. Depuis, comme nous le verrons plus loin, d'autres établissements ont été créés à Paris, par l'assistance officielle. Lyon en 1896 et Le Havre en 1898 ont suivi cet exemple.

M. le professeur Pinard est venu apporter à l'Académie de Médecine, dans sa communication du 26 novembre 1895, l'exposé des résultats obtenus. Nous avons personnellement vu pendant une année, passée à la Clinique Baudelocque, les excellents résultats obtenus par l'application de la puériculture intra-utérine. C'est la conviction de l'intérêt puissant qu'il y a à généraliser ce mode d'assistance qui nous a dicté le choix du sujet que nous avons abordé.

Notre intention est de traiter bien plus des moyens propres à réaliser ce mode d'assistance et de protection que d'établir la valeur indiscutable des résultats acquis. Pour arriver à notre but nous avons divisé notre travail en plusieurs parties.

Dans le premier chapitre nous confirmerons, à l'aide de

1. *Loco citato*, p. 530.

statistiques, ce fait que les classes ouvrières sont celles qui fournissent le contingent le plus important à la natalité annuelle, mais qu'en même temps que le nombre des mort-nés et des enfants morts de débilité congénitale y étant également élevé, il détruit sensiblement le bénéfice résultant de cette forte natalité, d'où la nécessité de mesures tendant à remédier à cet état de choses.

Après avoir exposé les résultats obtenus par la pratique scientifique de la puériculture intra-utérine, il nous restera à étudier le fonctionnement des différents établissements affectés spécialement à l'hospitalisation des femmes enceintes.

On nous reprochera peut-être de ne décrire complètement que l'un d'entre eux : l'asile de l'avenue du Maine. Ce reproche est fondé, mais on voudra bien remarquer que cet établissement, de tous le premier en date, est encore à l'heure actuelle le modèle du genre et a servi de type pour la construction des établissements similaires. Quelques renseignements statistiques complèteront cette partie de notre travail et montreront la grande activité des asiles ; le prix de revient modique de ce mode d'assistance et sa facile organisation.

La femme heureusement accouchée d'un enfant bien constitué n'est point le terme ultime de cette œuvre de protection. Il faut que la femme nécessiteuse ne compromette point le résultat obtenu en s'exposant aux accidents si fréquents qui n'ont d'autre cause que la reprise trop rapide de la vie normale après l'accouchement. L'asile pour la femme enceinte, la maternité bien organisée ne donneront le maximum de leurs résultats que le jour où

ils seront complétés par l'asile de convalescence pour les femmes récemment accouchées.

Arrivé à ce point de notre étude nous n'aurons envisagé què l'assistance proprement dite. Les résultats à attendre de l'institution d'une réglementation légale du travail pendant la grossesse, de l'assistance par secours pécuniaires feront l'objet de notre dernier chapitre qui comprendra quelques considérations sur l'organisation de l'assistance hospitalière au cours de la grossesse.

CHAPITRE I

LA MORTALITÉ, SA MORTINATALITÉ ET LA MORTALITÉ INFANTILE
PAR DÉBILITÉ CONGÉNITALE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX
SOCIAUX DE LA VILLE DE PARIS.

Nous nous proposons dans ce chapitre d'étudier quelques-unes des conditions les plus intéressantes du mouvement de la population de la ville de Paris.

Les démographes ont depuis longtemps déjà établi ce fait, que les quartiers ouvriers fournissent une natalité plus élevée que les quartiers aisés ou riches. Nous croirions inutile de revenir sur ce point, si nous ne pensions y trouver un argument puissant et indiscutable en faveur de la nécessité de la protection sociale de la femme enceinte des classes laborieuses.

Nous avons étudié la natalité, la mortinatalité et la mortalité infantile par débilité congénitale, pendant l'année 1895, dans les différents arrondissements de Paris, classés d'après la catégorie sociale à laquelle appartient la majorité de leurs habitants, en quartiers riches, aisés ou pauvres.

La classification que nous avons adoptée est celle

établie par Bertillon, auquel nous avons du reste emprunté les chiffres qui ont servi de base à nos calculs.

Cette classification est basée sur les données suivantes :

Sur 1.000 ménages de deux personnes au moins, combien de domestiques féminins ?

Sur 1.000 mariages, combien de contrats de mariage ?

Sur 1.000 personnes exerçant une profession, combien d'ouvriers ?

Sur 1.000 personnes, combien habitent des logements surpeuplés ?

Ces rapports établis sur des éléments dissemblables donnent des résultats identiques et la constance de ces résultats est le meilleur argument en faveur de la valeur de la classification.

Nous la résumons ainsi :

1^o Arrondissements riches.

Louvre
Palais-Bourbon
Elysée
Opéra
Passy

2^o Arrondissements aisés.

Bourse
Temple
Hôtel-de-Ville

Panthéon
Luxembourg
Enclos St-Laurent
Batignolles-Monceau

3^e Arrondissements pauvres.

Popincourt
Reuilly
Gobelins
Montrouge
Vaugirard
Montmartre
Buttes-Chaumont
Ménilmontant

Le tableau qui suit donne pour chacun de ces arrondissements en particulier la réponse aux questions suivantes :

Pour 1.000 habitants, combien de naissances totales ?

» » vivantes ?

» » mortes ?

Nous ferons de plus une remarque préjudicielle ; les chiffres obtenus, tout au moins en ce qui concerne les quartiers ouvriers, devraient être majorés dans une mesure impossible à déterminer exactement, par suite de ce fait que ces arrondissements contiennent plus d'enfants et plus de vieillards que les quartiers plus aisés ; il en

résulte donc que le rapport du chiffre de la population nubile à la population totale est plus faible dans les premiers, plus élevé dans les autres.

Arrondissements	Population.	Chiffre absolu des Naissances en 1895			Pour 1.000 habitants combien de		
		Viv.	M.-nés	Tot.	Viv.	M.-nés	Total
I Louvre.....	67.938	1089	99	1188	16.02	1.04	17.06
VII Palais-Bourbon....	95.686	1650	147	1797	17.24	1.53	18.77
VIII Elysée.....	106.770	1270	105	1312	11.84	0.98	12.79
IX Opéra.....	120.655	1768	209	1977	14.64	1.73	16.37
XVI Passy.....	88.187	1645	167	1812	18.62	1.88	20.50
Moyenne.....					15.66	1.43	17.09
II Bourse.....	69.927	1325	136	1481	18.94	1.94	20.88
III Temple.....	88.680	1918	164	2082	21.62	1.84	23.46
IV Hôtel-de-Ville....	98.644	2158	197	2355	21.91	1.99	23.90
V Panthéon.....	116.523	2462	237	2699	21.12	2.03	23.15
IV Luxembourg.....	98.938	1748	174	1922	17.66	1.75	19.41
X Enclos St-Laurent..	154.559	3166	302	3468	20.48	1.95	22.43
XVII Batign.-Monceau..	172.508	3823	382	4205	22.17	2.21	24.38
Moyenne.....					20.56	1.96	22.51
XI Popincourt.....	213.560	5503	513	6016	25.77	2.40	28.17
XII Reuilly.....	112.684	2262	256	2918	20.07	2.28	22.35
XIII Gobelins.....	109.877	3322	278	3600	30.23	2.54	32.77
XIV Montrouge.....	112.205	3062	289	3351	27.28	2.57	29.85
XV Vaugirard.....	117.470	3303	326	3620	28.96	2.77	31.73
XVIII Montmartre.....	212.464	5462	561	6203	25.70	2.63	28.23
XIX Buttes-Chaumont..	127.137	3689	353	4012	29.01	2.77	31.78
XX Ménilmontant.....	104.230	4179	399	4578	20.80	2.81	32.64
Moyenne.....					27.10	2.60	29.70

L'étude de la mortinatalité nous offre des difficultés plus considérables. Elle a été faite par Bertillon dans l'annuaire de statistique de la ville de Paris pour 1894, sous le titre de la mortinatalité selon l'âge du fœtus et selon l'âge de la mère. Au début du chapitre VII « influence de la misère sur la mortinatalité », l'auteur s'exprime ainsi :

« Les documents parisiens nous montrent l'influence

de la misère sur la mortinatalité. Ils nous prouvent que les femmes légitimes, lorsqu'elles sont pauvres, présentent une mortinatalité au moins aussi élevée que les filles-mères ».

Dans le même ouvrage, M. Bertillon nous met sous les yeux un diagramme de la mortinatalité à Paris, pendant et après le siège de 1870-1871. « Ainsi, dit-il, nous voyons que la misère du siège de Paris a augmenté considérablement la mortinatalité : 1^o Des enfants conçus en temps de paix, mais nés pendant cette époque ; 2^o Des enfants conçus pendant le siège et nés après la conclusion de la paix, chacune de ces époques — et surtout la première — étant suivie par un temps où la mortinatalité est extrêmement faible ».

Dans le même travail nous trouvons l'exposé de la mortinatalité pendant la famine de Finlande. Pendant les années très mauvaises (1866-67-68) le nombre des mort-nés est bien supérieur à celui des années normales.

D'autre part, la statistique de la ville de Washington (années 1888-1895) nous montre que les traumatismes et les excès de travail représentent 6 sur 67 de mortinatalité chez les blancs et 25 sur 140 chez les gens de couleur. Ces chiffres sont évidemment trop faibles, puisque 27 cas chez les blancs et 63 pour les autres sont inscrits comme de cause inconnue.

On peut donc conclure que la mortinatalité est plus fréquente chez les pauvres que chez les riches et s'attendre à trouver dans les arrondissements pauvres un chiffre supérieur à celui des arrondissements riches.

Nous nous croyons donc autorisés à conclure que

A. — Dans les quartiers riches et aisés, il y a moins de naissances par rapport au chiffre total de la population que dans les quartiers pauvres (1^{er} tableau).

Quartiers riches 19, 09 naissances pour 1.000 habitants
 — aisés 22, 51 —
 — pauvres 29, 70 —

B. — Qu'il est également permis d'étendre aux enfants légitimes nés dans les classes pauvres et dans de mauvaises conditions cette remarque que l'illégitimité augmente considérablement la mortinatalité.

Cet état de choses déjà regrettable à constater, quand on envisage une année isolée, l'est encore davantage quand on veut établir une comparaison portant sur des époques assez différentes: c'est ce que nous montre le tableau suivant :

Natalité et mortinatalité à Paris, par périodes décennales de 1825 à 1895.

Années	Population	Naissances vivantes	Pour 1000 habitants combien de naissances vivantes	Mort-nés	Pour 100 naissances vivantes combien de morts-nés
1825	713.966	29.253	40.9	1.521	5.1
1835	788.862	29.320	37.1	1.811	6.1
1845	935.261	32.905	35.1	2.134	6.4
1855	1.053.262	34.937	33.2	2.481	7.09
1865	1.696.141	55.157	32.5	4.409	7.9
1875	1.851.792	53.878	29.09	4.110	7.6
1885	2.239.928	60.098	26.8	4.672	7.7
1895	2.424.705	55.321	22.8	5.314	9.6

Il nous a paru également intéressant de nous occuper accessoirement de l'avenir des enfants nés dans ces différents groupes de quartiers.

Nous n'avons pris que deux causes de mortalité déterminées, la débilité congénitale et l'athrepsie, les estimant plus utiles que tout autres à la démonstration de notre thèse. En ce qui concerne l'année 1891, nous avons obtenu la mortalité suivante :

Sur 1.000 enfants de 0 à 1 an, moyenne de

Quartiers riches. 32	} Décès pour 1000 enfants de 0 à 1 an.
Quartiers aisés . . 68	
Quartiers pauvres. 106	

Les chiffres extrêmes nous sont fournis par le VIII^e (19 pour 1.000) et par le XIV^e (139,4 pour 1.000).

De ce dernier ensemble de fait, nous croyons pouvoir tirer la conclusion suivante :

C). Exception faite des maladies infectieuses, épidémiques ou pouvant être considérées comme accidentelles, on peut estimer que la mortalité infantile de 0 à 1 an augmente dans de notables proportions, à mesure que la condition sociale des parents est moins élevée.

CHAPITRE II

LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES DE LA CLASSE OUVRIÈRE.

Quelles sont les causes qui déterminent l'ensemble des faits que nous venons d'énoncer dans nos conclusions ? La réponse est facile : les femmes qui donnent naissance à des enfants mort-nés ou à des enfants débiles et voués à une mort rapide sont surtout celles qui, au cours de leur grossesse, vivent dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le surmenage habituel de la mère, les préoccupations graves d'une part ; l'alimentation insuffisante ou défectueuse, l'habitation dans des logements surpeuplés d'autre part, sont pour nous les causes multiples qui ne permettant point à la grossesse d'évoluer normalement multiplient le nombre des nouveau-nés débiles et augmentent d'autant par cela même la mortalité infantile.

Différents auteurs en ont depuis longtemps fait des remarques semblables ; Nægele père et Hoffman ont signalé le grand nombre d'avortements survenus pendant la disette de 1816. Devilliers a pu écrire : « les grands « évènements politiques, les terreurs de la guerre, les « disettes sont autant de causes prédisposantes à l'avortement. C'est ainsi que nous avons vu à l'occasion ou à

« la suite des événements de 1848, une foule de femmes
« venir dans les hôpitaux avorter ou accoucher d'enfants
« chétifs ou morts (1) ». Depaul avait songé après beaucoup d'autres auteurs accoucheurs à agir sur le développement du fœtus en affaiblissant la mère par la saignée et un régime débilitant pendant la durée entière de la grossesse et à obvier par ce moyen, un peu singulier à la vérité, aux obstacles que peuvent apporter à l'accouchement les rétrécissements peu marqués du bassin (2).

Paul Dubois lui-même avait eu l'occasion d'observer des femmes travaillant à un métier pénible accoucher presque sans exception avant terme d'enfants morts ou débiles. Ces femmes étaient occupées en 1855 à la gare du Nord à porter au bout de leurs bras des paniers contenant le charbon destiné au chauffage des locomotives; on comprend aisément combien ce métier devait être pénible. Dubois en vit deux venir accoucher, dans son service, d'enfants morts; il fit une enquête à ce sujet et apprit de plusieurs sages-femmes qui possédaient ces ouvrières au nombre de leurs clientes que ces faits étaient très fréquents. Recherchant la cause de la constance de cet accident, il l'attribue à la compression exercée par le panier porté au bout des bras et s'appuyant sur la région abdominale (3). Ne pourrait-on pas à bon droit considérer

1. Devilliers. Art. : *Avortement*. In *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. IV, p. 309, 1866.

2. Depaul. *Soc. de Biologie*, 1849.

3. P. Dubois. *Gazette des hôpitaux*, 1855.

ces femmes comme rentrant dans la catégorie de celles que nous voyons venir accoucher avant terme dans les services hospitaliers d'enfants morts ou débiles, sans qu'aucune lésion nette d'une partie quelconque de l'organisme fœtal ou maternel puisse nous donner une explication suffisante de l'avortement.

Ce ne sont point seulement les femmes travaillant dans des industries insalubres qui nous occupent en ce moment. Pour celles-là, la question est étudiée et résolue depuis longtemps, nous n'avons point à y revenir : ce que nous déclarons ici, c'est que toute femme surmenée pendant sa grossesse donne fréquemment le jour à un enfant chétif et presque fatalement destiné à périr.

La constatation de ce fait suffit à elle seule à nous engager à indiquer à côté du mal les moyens permettant d'y porter remède.

Le surmenage ne peut avoir qu'une influence néfaste sur l'évolution de la grossesse, il n'est pas besoin de prendre une à une toutes les professions exercées par des femmes, d'en étudier en détail les conditions pour chercher à trouver dans ces conditions l'existence de causes traumatiques capables à elles seules de déterminer l'accouchement avant terme.

Il est incontestable que ces causes existent, nous ne voulons point les mettre en doute ; mais elles ne suffisent point à notre sens à expliquer tous les cas observés. Il faut faire une large place à tout ce qui crée la misère physiologique, au surmenage, à l'alimentation insuffisante, à l'hygiène de l'habitation.

En ce qui concerne le surmenage, appliquant les idées

exposées à ce sujet par notre maître M. Marfan (1) nous admettons qu'il peut agir comme cause efficiente et comme cause prédisposante de maladie. Comme cause efficiente, il détermine à lui seul l'avortement rapide : une femme violemment surmenée peut avorter en quelques jours : ces exemples sont particulièrement fréquents chez les ouvrières agricoles, qui malgré une grossesse plus ou moins avancée, se livrent aux travaux particulièrement pénibles de leur état.

Comme cause prédisposante, nous envisageons le surmenage peu accusé, mais continu. Il crée par un mécanisme peut-être discutable en ses causes, mais évident en ses résultats, un état de moindre résistance de tout l'organisme. Il détermine une auto-intoxication comparable à une maladie infectieuse évoluant d'une manière atténuée. Que de nouvelles fatigues surviennent et elles sont inséparables de l'état de grossesse, l'équilibre est rompu, la mère souffre et le produit de la conception se ressent de cette souffrance.

Nous croyons inutile d'insister sur les questions de l'hygiène, en particulier sur celles qui touchent à l'hygiène de l'habitation. Villermé (2) en 1828 insistait déjà sur ce point. Du Mesnil (3) et Cheysson (4) y sont revenus plus récemment et leurs conclusions sont des plus formelles.

Quelle doit être la durée de la protection que nous

1. Marfan. In Bouchard, *Pathologie générale*, I.

2. Villermé. *Mémoires Acad. Médecine*. T. 1. 1828.

3. Du Mesnil. *Annales d'hygiène publique*. T. XI. 1883.

4. Cheysson. Discussion à la Société de médecine publique. *Revue d'hygiène*, t. VI. p. 968. 1884.

réclamons pour la femme enceinte nécessiteuse. Nous nous abstiendrons de répondre sur ce point, les considérations individuelles primeront tout. Pour la grande majorité des cas, nous nous rapporterons toutefois à la règle formulée par Bachimont : « Il s'agit de fixer un
« temps de repos qui puisse avoir une influence réelle et
« décisive sur le poids de l'enfant. C'est surtout à partir
« du 6^e au 7^e mois que l'enfant devient une fatigue par son
« poids, une gêne par son volume, une cause d'affaiblissement général par le surcroît de travail qu'il donne
« aux grands viscères de l'organisme : au poumon et au
« cœur par l'activité circulatoire et respiratoire du placenta foetal, au foie et au rein par l'élimination des
« toxines et des produits d'excrétion et par conséquent,
« une cause d'accouchement prématuré. Nous avons
« estimé que pour être décisif, ce repos devait être au
« moins de deux mois (1). »

1. Bachimont. Th. Paris, 1898. p. 21.

CHAPITRE III

LES REMÈDES A EMPLOYER. LA PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE.

LES RÉSULTATS OBTENUS.

Nous avons établi ce fait que si les femmes de la classe ouvrière nous donnent beaucoup d'enfants, un grand nombre d'entre eux sont ou des prématurés ou des débiles et paient une dîme mortuaire élevée.

Quels remèdes convient-il d'appliquer à cet état de choses ? Nous voulons dès l'abord éliminer une solution qui pourrait sembler particulièrement séduisante ; nous voulons parler des procédés d'élevage des enfants débiles par la couveuse et le gavage.

Ces procédés considérés en eux-mêmes sont d'une utilité indiscutable ; ils ont sauvé à l'heure actuelle bien des enfants voués à une mort presque certaine ; la couveuse et son application à l'éducation des prématurés restera comme l'un des grands progrès réalisés par le professeur Tarnier. Cependant cette méthode facilement applicable dans le milieu hospitalier avec un personnel expérimenté et exceptionnellement dans certaines familles pouvant se permettre des sacrifices impossibles dans d'autres classes sociales, ne peut être qu'inefficace et trompeuse dans les

cas qui nous occupent. A bien considérer les choses, la couveuse peut quelquefois retarder une échéance fatale, jamais l'éviter complètement.

Un enfant de 1800, 2000 grammes naît à l'hôpital, on le place dans une couveuse ; sa mère est-elle mauvaise nourrice on lui en donne une autre ; au bout de quelques jours le plus souvent, il a regagné son poids initial il tète facilement et paraît se bien porter. Est-il définitivement hors de danger ? il n'en est rien. On nous permettra de citer ce qu'a écrit à ce sujet, notre maître le Dr Audibert, à propos des enfants nés après accouchement provoqué dans des bassins de $8\frac{1}{2}$ à $9\frac{1}{2}$, c'est-à-dire à une époque avancée de la grossesse : les situations sont identiques : « Ces enfants une fois sortis de l'hôpital, 12 ou 15 jours au maximum après leur naissance, ont-ils échappé aux dangers qui les menaçaient ? Loin de là, on peut dire au contraire que la période la plus périlleuse commence pour eux. Jusque-là, grâce à ces soins auxquels M. Tarnier a su si bien les entourer, grâce à la température uniforme de la couveuse, grâce aux massages, aux bains et aux frictions alcoolisées, grâce aux inhalations d'oxygène et au gavage, ils ont pu acquérir et conserver une sorte de vie artificielle maintenant bien compromise ! Si encore ils ont la chance d'avoir une bonne nourrice, ils pourront échapper à la longue agonie des enfants qui languissent et meurent un peu tous les jours. Quant à ceux à qui fait défaut cette dernière planche de salut, ceux qui sont nourris au biberon, leur sort est fatalement réglé ; ils ne tardent point à succomber à l'athrèpsie ou au sclérème et aux affections gastro-intestinales.

Qui dressera jamais les tables de mortalité de ces enfants ayant quitté l'hôpital en bonne santé apparente, et qui, tombés dans un milieu misérable, manquent dès lors de tous les soins qui ont jusque là soutenu leur frêle existence ? Cette liste nécrologique n'a jamais été faite et ne le sera jamais. Dans les classes riches, leur avenir est moins sombre, mais pour les enfants du peuple... *Lasciate ogni speranza* (1).

Dans sa thèse inaugurale le Dr Bachimont a publié la statistique administrative du service des Débiles à la Maternité de Paris, service uniquement consacré à l'élevage des prématurés et débiles et dont l'organisation peut à bon droit être considérée comme très complète. Ces chiffres ont leur éloquence et elle est fort significative. En 1893, mortalité de 41,23 0/0 ; en 1894, 44,75 0/0 ; en 1895, 59,97 0/0 ; en 1896, 61,2 0/0 ; en 1897, 70,4 0/0. La durée moyenne du traitement a varié de 23 jours (1893) à 34 (1897). Et ces chiffres quelque considérables qu'ils soient ne nous donnent que la mortalité hospitalière. Il serait intéressant de savoir ce que sont devenus les survivants quand ils auront eu à vivre la vie des enfants normaux.

Les accoucheurs n'avaient à leur disposition que ce moyen bien trompeur et bien inefficace en l'espèce, malgré sa réelle valeur, comme nous venons de le voir, lorsque M. le professeur Pinard fit à l'Académie de Médecine sa communication sur la puériculture intra-utérine (2).

1. Audebert. *Parrallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie*, 1897, p. 74.

2. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 novembre 1895.

« Messieurs, vous n'ignorez pas certainement qu'à l'heure actuelle, à Paris, les femmes enceintes abandonnées peuvent être admises, quelle que soit leur situation sociale, quelle que soit leur nationalité, dans des établissements spéciaux dits : refuges ou asiles des femmes enceintes ».

« Le premier établissement de ce genre, dû à l'initiative de M^{me} Béquet, de Vienne, est connu sous le nom de Refuge de l'Avenue du Maine et fonctionne depuis 1892. Quelque temps après, la ville de Paris ouvrait l'asile Michelet, rue de Tolbiac et je ne doute pas qu'avant longtemps l'œuvre ne soit parachevée par la multiplication et l'agrandissement de ces établissements. Chose désirable à tous égards et rendue plus urgente encore, si c'est possible, par la connaissance des résultats déjà obtenus. »

« Je ne veux pas insister aujourd'hui sur les immenses services rendus à ces pauvres femmes par la création de cette belle et nouvelle assistance qui, non seulement, donne à ces deshéritées le logement et la nourriture, leur apporte la consolation et la quiétude, mais encore leur assure les soins spéciaux que réclame leur état de grossesse, soins spéciaux qui font disparaître la plupart des accidents observés auparavant chez ces abandonnées. Je viendrai un jour vous démontrer, les chiffres en mains, les cas dans lesquels en faisant disparaître, en particulier, l'éclampsie et les mauvaises présentations, on a empêché les femmes de mourir et on a permis aux enfants de naître, et vous donnerait le nombre de ces vies humaines économisées. »

« Je désire simplement aujourd'hui m'occuper du produit de ces femmes, c'est-à-dire vous exposer les résul-

tats obtenus dans ces conditions chez les enfants de ces femmes, résultats prévus, dira-t-on peut-être, je ne dis pas non, mais qui n'en sont pas moins importants à constater. »

« Presque toutes les femmes recueillies et soignées au Refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher dans mon service à la clinique Baudelocque. »

« Or, nous n'avons pas tardé à reconnaître que la plupart des enfants de ces femmes étaient remarquables par leur développement et, chaque fois que, dans ma visite je m'arrêtais près d'un berceau pour faire constater combien l'enfant qui y reposait était beau, presque toujours, quand je demandais l'origine, on me répondait : C'est un enfant du refuge ; ce qui voulait dire : C'est un enfant dont la mère a été soignée et recueillie soit au Refuge, soit au dortoir de la clinique. »

« Le résultat de cette observation superficielle, je le veux bien, mais constamment répétée, a déjà été consignée dans un des éloquents rapports faits chaque année sur le Refuge de l'Avenue du Maine, par un de nos plus éminents et aimés collègues, qu'on retrouve toujours à la tête des bonnes œuvres. J'ai nommé M. Cadet de Gassicourt. Mais dire qu'un enfant du Refuge est beau, qu'il est vigoureux, cela est bien. Mais cela m'a semblé insuffisant, et j'ai cherché, par une observation plus attentive, à déterminer la véritable signification de ces termes. Ce sont les résultats de ces recherches que je vous apporte. Les voici :

« J'ai comparé les enfants des femmes venant d'accoucher dans mon service directement, c'est-à-dire, ayant

pour la plupart continué à travailler pendant toute la durée de leur grossesse, la première contraction douloureuse faisant cesser leurs occupations, avec les enfants des femmes reposées et soignées, soit au Refuge soit au dortoir. Cette comparaison n'est pas facile à établir et si les éléments de chaque terme présentent la même analogie, ils ne présentent pas toujours le même degré de similitude. C'est ainsi que, parmi les femmes qui viennent directement de chez elles pour accoucher dans les services d'accouchements, il en est un certain nombre qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques convenables parmi beaucoup d'autres se trouvant en un état de surmenage. »

« De même, l'influence du repos et de l'hygiène chez les femmes du dortoir et du Refuge doit nécessairement varier et être en rapport direct avec la durée du séjour, et ce séjour est loin d'être le même pour toutes les femmes. »

« De là la difficulté de réunir dans chaque catégorie devant être opposée, des éléments absolument semblables. »

« Quoiqu'il en soit, j'ai pu, en éliminant les cas considérés comme pathologiques, comparer le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soignées, soit au Refuge, soit au dortoir, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement et voici ce que j'ai trouvé :

500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement ont donné :

Poids d'enfants, 1.645.000 grammes.

Par enfant : 3010 grammes.

500 femmes ayant séjourné dix jours au moins au Refuge ont donné :

Poids d'enfants, 1.645.000 grammes.

Par enfant : 3.200 grammes (140.000 grammes en plus).

500 femmes ayant séjourné au dortoir de la clinique Beaudelocque, ont donné :

Poids d'enfants, 1.683.000 grammes.

Par enfant : 3.366 grammes (178.000 grammes en plus). »

« Je ne puis mieux faire que de comparer ces chiffres avec ceux constatés par M. Tarnier :

M. Tarnier a recherché le poids moyen des enfants des femmes accouchées à la Maternité pendant une période de 16 ans et nous lui devons les données ci-dessous :

Poids moyens de 3.794 garçons, issus de primipares.	3.164 gr.
— de 2.150 filles, issues de primipares.	3.101 gr.
— de 4.025 filles, issues de multipares.	3.120 gr.
— de 4.623 garçons, issus de multipares.	3.372 gr.

Ces résultats nous donnent l'explication du chiffre plus élevé obtenu chez les enfants des femmes du dortoir que chez les enfants des femmes du refuge. »

« Nous voyons en effet l'influence de la multiparité. Or chez les femmes du refuge, la proportion des primipares est bien plus considérable : 69 primipares pour 31 multipares, tandis qu'au dortoir, la proportion est de 45 primipares pour 55 multipares. »

Ce n'est donc point la différence de soins, mais la dif-

férence de population qui est cause de la différence des poids.

Si la statistique de M. Tarnier donne comme moyenne d'ensemble un chiffre un peu plus élevé que le mien, cela tient probablement à ce que parmi toutes les femmes accouchées à la Maternité, il s'en trouvait un certain nombre ayant séjourné un temps plus ou moins long au dortoir de la Maternité... »

Dans sa thèse inaugurale, le Dr Letourneur (1) envisageant l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant a été conduit à envisager la question du repos et de son influence sur le poids du produit de la conception; il donne les chiffres suivants :

Professions fatigantes, pas de repos. . .	3,081 gr.
— repos de la mère .	3,319 gr.
Professions peu fatigantes, pas de repos. . .	3,130 gr.
— repos de la mère .	3,318 gr.

Le Dr Bachimont (2) a également fait des recherches de même nature. Il a établi le poids du produit de la conception chez des primipares et multipares, divisées en plusieurs catégories suivant la nature de leur travail (femmes travaillant debout, mécaniciennes, (couturières travaillant à la machine) femmes travaillant debout, il tient également compte du repos observé au cours de la grossesse et estime qu'il doit être au moins de deux mois.

1. Letourneur. *Influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant*. Th. de Paris, 1897.

2. Bachimont. *Loc. cit.* p. 34, 45.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Primipares.

a. — Ayant travaillé debout.	2.931
— à la machine.	2.950
— assises	3.097
b. — S'étant reposé 2 à 3 mois	3.291

Multipares.

a. — Ayant travaillé debout	3.116
— à la machine	3.201
— assises	3.303
b. — S'étant reposées 2 à 3 mois.	3.457
— plus de 3 mois	3.457

Il ne faudrait point croire que le but uniquement à rechercher soit l'augmentation du poids de l'enfant. Ce poids n'a de valeur que parce qu'il est l'indice d'une grossesse menée aussi près que possible du terme et d'un développement fœtal complètement achevé.

Les enfants aussi parfaitement développés que possible, qui sont mis au monde par des femmes vigoureuses et non surmenées, n'ont rien de commun avec ces gros enfants qui atteignent et dépassent 4.500 grammes au moment de leur expulsion. Pour ceux-là, le pronostic est au contraire des plus défavorables au point de vue de leur avenir (1).

1. Voir à ce sujet : Dubois, *Les gros enfants au point de vue obstétrical*. Th. Paris 1897.

Il y aurait lieu de rechercher si la durée de la grossesse n'est point augmentée chez les femmes qui se reposent. Nous avons pensé à établir à ce sujet une statistique, mais n'ayant pour unique élément d'appréciation que la date des dernières règles, nous avons pensé que l'on pourrait nous reprocher le manque de précision d'un semblable mode d'évaluation et nous avons renoncé à notre projet: bien que notre conviction personnelle fût faite sur ce point.

Du reste, on peut faire intervenir ici un argument emprunté à la zootechnie. Les éleveurs ont remarqué depuis longtemps que la durée de la gestation est régulièrement augmentée chez les animaux soumis à la stabulation mitigée, c'est-à-dire obligés au repos, mais cependant laissés en liberté pendant quelques heures chaque jour. Les produits nés de ces animaux sont de beaucoup supérieurs à ceux fournis par les femelles ayant travaillé au cours de la gestation, c'est-à-dire surmenées, et par celles qui ont été soumises à la stabulation permanente, c'est-à-dire qui ont la plupart du temps vécu dans des conditions hygiéniques médiocres (1).

Les résultats obtenus par l'hospitalisation des femmes enceintes ne peuvent plus actuellement prêter à aucune discussion. Nous avons cependant cru bon de les rappeler ici, mais uniquement comme préliminaire à l'étude de différents moyens d'assistance dont on a tenté l'application jusqu'à ce jour.

1. Voir à ce sujet : A. Samson. *Manuel de Zootechnie*, 1890. Friedburger et Fröhner. *Pathologique et thérapeutique spéciale des animaux domestiques*, 1891.

CHAPITRE IV

LES ASILES POUR FEMMES ENCEINTES.

La femme enceinte a toujours été considérée jusqu'à notre époque par l'assistance publique comme une femme valide pouvant et devant subvenir à ses besoins. Ce n'est que depuis quelques années à peine qu'on s'est occupé de la question d'asiles établis spécialement pour assister les femmes nécessiteuses ou malades pendant une partie de leur grossesse.

Nous ne dirons que quelques mots des dortoirs annexés à la plupart des maternités. Après de chaque service d'accouchement existant dans les hopitaux de Paris, est établi un dortoir spécial pour les femmes enceintes. On y admet vers la fin de la grossesse des femmes qui, présentant pour la plupart des affections quelconques (syphilis, cardiopathies, albuminurie) ou qui ayant besoin d'une surveillance efficace (présentations vicieuses, rétrécissements du bassin) doivent être considérées le plus souvent comme de véritables malades. C'est dire les grands services que peuvent rendre ces établissements : leur heureuse influence sur le développement du fœtus et sur la conservation de la santé de la mère n'est point à démontrer.

Il faut augmenter le nombre des lits qu'ils comportent, de grands progrès ont été réalisés à Paris depuis quelques années à ce point de vue, il faudrait faire plus encore.

Cependant, ce ne sera jamais qu'un mode d'assistance exceptionnel. Diverses considérations nous déterminent à nous ranger à cet avis. Au premier abord, c'est un procédé onéreux, le prix de revient de la journée dans un hôpital étant de beaucoup supérieur à celui que nécessite l'entretien d'une femme dans un asile spécial. De plus, les nécessités très respectables aussi, de l'enseignement font que les accoucheurs n'admettent autant que possible des femmes présentant à des titres divers un intérêt scientifique plus ou moins grand et que l'état de dénûment le plus accentué est à lui seul un titre insuffisant pour l'admission.

Ce mode d'hospitalisation conduit à des résultats excellents ; chaque cas étant considéré en particulier, à des résultats insuffisants, au point de vue de l'ensemble de l'assistance à organiser. Il faudrait que ces dortoirs soient des hôpitaux destinés, aux femmes malades, ayant besoin de soins constants et laisser aux asiles le soin de protéger les femmes valides, mais simplement nécessiteuses.

Nous arrivons maintenant à l'étude de fonctionnement des asiles. De tout temps, les femmes enceintes bien portantes mais simplement nécessiteuses ont fait appel à la charité officielle pour être admises dans les hôpitaux au cours de leur grossesse. Les registres de l'ancien Hôtel-Dieu contiennent de nombreuses délibérations à ce sujet. Tantôt on les admet, tantôt on les refuse suivant les besoins du moment et le plus ou moins grand encombrement de l'établissement, la question du traitement des

femmes enceintes syphilitiques paraît avoir été un des gros problèmes soumis à la sagacité des administrateurs de cet établissement (1).

Il y a quelques années encore la femme sur le point de devenir mère ne pouvait prétendre à aucune assistance officielle, sauf dans les limites restreintes des places existant dans les dortoirs dont, nous venons de parler, quelques unes d'entre elles, plus favorisées pouvaient se faire admettre dans des services généraux, autant grâce à la compassion qu'excitait leur pénible situation que pour y faire traiter des maladies plus ou moins réelles. Il faut reconnaître que la charité privée ne leur était point plus douce. C'est que fréquemment la femme enceinte nécessiteuse est une fille-mère, c'est qu'elle se trouve être une femme abandonnée ou dans une situation irrégulière ; pour toutes, les portes se fermaient inexorablement, et telle personne charitable qui dépensait sans compter pour aider des enfants ou des vieillards, voyait ses préjugés lui interdire d'assister à une femme enceinte.

Madame Bequet de Vienne a fondé en 1876, la Société de l'allaitement maternel. Le but de cette société est de protéger l'enfant en donnant à la mère le moyen de le nourrir, en la soutenant de l'appui moral et matériel de la société, réunissant ainsi au profit de l'enfant à élever les deux plus puissants facteurs de salut : une surveillance éclairée et protectrice et l'amour maternel. Cette société a pu assister de 1877 à 1896 34,472 enfants.

1. Documents pour servir à l'histoire de l'Assistance Publique. *Registre des délibérations du Bureau de l'ancien Hôtel-Dieu*. 3. vol. Paris. 1886.

Mais ces résultats quelque satisfaisants qu'ils fussent ne parurent à Madame Bequet que constituer une partie de son œuvre, elle voulut faire plus et mieux en créant en 1892, l'asile ouvrier de l'avenue du Maine, pour les femmes enceintes :

« Jusqu'alors la femme enceinte était considérée par tout le monde et même par l'Assistance publique, comme une femme valide pouvant et devant subvenir à ses besoins.

Or, ces femmes sont-elles réellement capables de gagner leur vie ?

Pour ne parler d'abord que des femmes mariées, la grossesse arrivée à sa dernière période crée chez beaucoup une impotence qui les empêche de vaquer aux soins du ménage ; elles ont besoin d'un repos qu'elles ne peuvent trouver chez elles.

Il y a également les femmes dont le mari est malade ou à l'hôpital ; il y a les femmes devenues veuves pendant la grossesse et enfin, d'autre part, les célibataires auxquelles on peut ajouter les femmes abandonnées par leur mari dès qu'il a fait le diagnostic de la grossesse.

Pour toutes celles-là, domestiques, ouvrières, employées, la situation est épouvantable, dès que leur état ne leur permet plus de remplir les conditions de travail exigées ; elles sont chassées de partout et lorsqu'elles sont célibataires, repoussées par leur famille et mises sur la voie publique comme des pestiférées. Aussi les voyait-on, ces malheureuses, entrer dans les maternités, à l'heure où l'on ne pouvait plus les refuser, manquant de tout, n'ayant plus sur elles qu'une robe, tous les vête-

ments ayant été vendus l'un après l'autre pour avoir un morceau de pain.

Ceux qui ont fréquenté les maternités savent que nous n'exagérons pas.

Inutile d'insister sur les déplorables résultats engendrés par un pareil état de choses ; on comprend combien d'existences ont été compromises, on peut dire sacrifiées, par suite de cet abandon moral et médical ».

Cet établissement est situé 203, Avenue du Maine, bâti avec la plus grande économie en briques et pans de bois, il réalise jusque dans les moindres détails les prescriptions les plus parfaites de l'hygiène. Quarante lits y sont établis. En 1896, 703 femmes ont été hospitalisées, comprenant 317 femmes mariées, 38 femmes devenues veuves pendant leur grossesse et 318 abandonnées. Depuis la fondation le nombre des femmes hospitalisées est de plus de 4,000. Les dépenses totales se montent pour l'année 1897 à 22,967 fr. 80. Le Conseil municipal de Paris pour 3,000 fr. ; le Conseil général de la Seine pour 500 fr. ; le Ministère de l'Intérieur pour 3,000 fr. subventionnent l'œuvre ; le reste, soit 16,804 fr., fourni par le produit de souscriptions des membres adhérents ou recueilli par des quêtes.

Le régime intérieur et le règlement sont combinés de manière à obtenir les meilleurs résultats.

« Dès leur arrivée, les Réfugiées prennent un bain, puis elles reçoivent le linge et les vêtements de la maison. Elles sont ensuite examinées par le médecin. Toute maladie devinée ou déclarée est rigoureusement surveillée ; les examens sont aussi fréquents qu'il est nécessaire ;

tout accident est prévu, afin d'éviter les accouchements avant terme et les complications qui se produisent le plus généralement faute de précautions. Aussi, grâce aux soins préventifs qu'elles ont reçus, pas une des réfugiées n'est morte en couches.

Le matin, à sept heures et demie, toutes se lèvent, procèdent à une toilette complète, surveillées par les infirmières, puis elles passent au réfectoire où elles déjeunent d'une soupe cinq fois par semaine et de café au lait le jeudi et le dimanche. Elles sont occupées jusqu'à midi, au ménage, à l'épluchage des légumes, à l'entretien du linge et des vêtements.

A midi a lieu le second déjeuner; puis à une heure, toutes montent à l'ouvroir où elles travaillent pour leur compte à des travaux faciles procurés par le Refuge; ce qui permet à ces femmes d'amasser en tout temps un petit pécule qui leur est remis intégralement à leur départ.

A quatre heures, elles ont une demi-heure de repos et du pain à discrétion; lorsque le temps le permet, elles sortent dans la cour et remontent ensuite à l'ouvroir jusqu'à sept heures, heure du dîner.

A huit heures et demie a lieu le coucher.

Tous les jours, à midi, les réfugiées déjeunent d'un plat de viande et de légumes; le soir elles dînent d'une soupe, de viande et de légumes, 250 grammes de viande par tête et par jour sont servis rigoureusement. Tous les deux jours, le pot-au-feu est préparé pour le soir; un rôti de bœuf, de veau ou de mouton est donné les jours intermédiaires; le pain et les légumes sont à discrétion.

Un carafon de vin, contenant vingt centilitres, est servi à chaque repas.

Ce régime, scrupuleusement observé, a donné une moyenne de dépenses, depuis le jour de l'ouverture du Refuge, de 1 fr. 25 par journée de réfugiée ».

Nous ne savons ce qu'il faut admirer de cette organisation si parfaite au point de vue médical ou de l'élévation des sentiments qui président à la direction morale de l'œuvre. Aussi M. Cadet de Gassicourt, président honoraire de l'Œuvre, pouvait-il dire à l'Assemblée générale du 21 mars 1898 :

« Le Refuge-Ouvroir est ouvert à toutes les femmes qui ont besoin de secours, quelque soit le culte qu'elles professent, quelque conviction qu'elles puissent avoir. Jamais personne ne demande aux hospitalisées une profession de foi ; on leur dit simplement : « Vous allez être mère, songez aux obligations que ce titre vous impose. C'est une fonction sacrée, pour la remplir dignement, il faut obéir aux lois de la morale et du devoir ».

La combinaison heureuse de ces deux œuvres sœurs, nées d'une même pensée de charité, nous fournit le plus parfait exemple de l'organisation de cette assistance dont nous réclamons l'organisation, la femme nécessiteuse, une fois accueillie, n'est plus abandonnée ; pensionnaire du refuge avant son accouchement, elle est ensuite aidée par la Société pour l'Allaitement maternel, pas un instant elle n'est abandonnée à elle-même.

Un tel exemple ne devrait point tarder à porter ses fruits. L'assistance officielle a marché résolument dans la voie tracée par la généreuse initiative de M^{me} Béquet

de Vienne et, en 1893, sous les auspices du Conseil Municipal de Paris, s'ouvrait l'Asile Michelet, situé rue de Tolbiac, 235, dans l'un des quartiers les plus pauvres de Paris.

Ce que l'assistance officielle même la mieux organisée et la plus libérale ne peut donner, c'est cet appui moral, cette sollicitude presque maternelle dominant à l'avenue du Maine. Entre les deux établissements il y a, de plus, une légère différence : à l'Asile de l'avenue du Maine les femmes travaillent à leur profit à des ouvrages faciles procurés par l'Œuvre et se constituent ainsi un petit pécule ; le travail n'existe point à Michelet.

Dès 1894, 1,432 femmes ont été hospitalisées. En 1895, ce nombre s'est élevé à 1,606, fournissant 37,070 journées et de plus on dut refuser, faute de place, 2,056 femmes qui avaient sollicité leur admission. Ces 1,606 femmes admises proviennent : 870 des consultations des maternités ; 195 du Refuge-Ouvroir George Sand ; 251 de l'Asile Pauline Rolland ; 284 avaient sollicité directement leur admission.

Nous donnons ci-après le budget des dépenses de l'établissement pour l'année 1898 : (1)

A. — *Personnel.*

1 directrice de 2^e classe, 2,200 francs.

1 sage-femme de 2^e classe, 1,000 francs.

3 sages-femmes de 3^e classe, 2,400 francs.

1. Ces renseignements et les suivants sont empruntés au *Bulletin Municipal officiel* de la Ville de Paris.

1 économe de 2^e classe, 1,200 francs.

1 surveillante de 2^e classe, 800 francs.

Une surveillante de 3^e classe, 600 francs.

Honoraires de médecins, 1,200 francs.

1 concierge, 600 francs.

Auxiliaires en cas d'absences ou de maladies, 1,000 francs.

Personnel de service, 2,000 francs.

Gratifications, 800 francs.

Total : 13,800 francs.

B. — *Matériel.*

Entretien et renouvellement du mobilier, 1,000 francs.

Entretien et renouvellement du linge et des effets d'habillement, 1,000 francs.

Chauffage et éclairage, 13,500 francs.

Alimentation, 78,000 francs.

Abonnements divers, 1,500 francs.

Pharmacie, 3,000 francs.

Frais de transport des hospitalisés dans les maternités,

Dépenses diverses, 4,000 francs.

Total : 106,000 francs.

Dans l'état actuel de l'établissement, on peut estimer le nombre de journées d'hospitalisées à 60,000, ce qui fait ressortir le prix de la journée à 1 fr. 75, chiffre supérieur à celui obtenu à l'avenue du Maine.

Nous reproduisons ci-dessous la statistique détaillée du fonctionnement de l'établissement pendant le mois de septembre 1897 :

Mouvement du mois de septembre 1897.

Refusées faute de place, 50.

Femmes entrées, 169.

Femmes sorties, 173.

Situation le 1^{er} septembre 1897, 185.

Renseignements sur les entrées.

Envoyées par la Maternité, 46 ;

— par les hôpitaux avec maternité, 35 ;

— par l'asile George-Sand, 18 ;

— par l'asile Pauline-Roland, 22 ;

— par divers, 48 ;

Total : 169.

Durée de séjour à Paris.

Moins de 1 mois, 17. — Moins de 2 mois, 6. — Moins de 6 mois, 12. — Moins de 1 an, 21. — Plus d'une année, 87. — Depuis leur naissance, 26. — Total : 169.

État-civil.

Célibataires, 137 ;

Mariées, 27 ;

Veuves, 5.

Total : 169.

Ages.

De 15 à 20 ans, 30. — De 20 à 30 ans, 112. — De 30 à 40 ans, 26. — De 40 ans et au-dessus, 1. — Total : 169.

Origines.

Nées à Paris, 26 ;
— dans les départements, 130 ;
 Soit 156 Françaises ;
 Allemande, 1 ;
 Alsaciennes-Lorraines, 6 ;
 Italiennes, 2 ;
 Luxembourgeoises, 2 ;
 Suisse, 1 ;
 Russe, 1 ;
 Soit 13 étrangères.
Total : 169.

Professions.-

Blanchisseuses, 8. — Cartonniers, 1. — Corsetières, 2.
— Couturières, 14. — Domestiques, 103. — Employées
de magasin, 2. — Gilette, 1. — Infirmières, 3. —
Journalières, 20. — Mécaniciennes, 4. — Modiste, 1. —
Papetière, 1. — Perleuse, 1. — Teinturière, 1. — Gan-
tière, 1. — Sans profession, 6. — Total : 169.

Causes de départ.

Envoyées aux maternités :
Pour y accoucher, à terme, 137 ;
— — — avant terme, 18 :
Retournées chez elles, 16 :
Renvoyées pour conduite, 2 ;
Total : 173.

Renseignements sur les sorties.

Heures de départ des hospitalisées :

De midi à 6 heures du soir, 47 ;

De 6 heures à minuit, 44 ;

De minuit à 6 heures du matin, 39 ;

De 6 heures du matin à midi, 43.

Total : 173.

Durée de séjour des hospitalisés à l'asile.

1 jour, 10. — De 1 à 5 jours, 27. — De 5 à 10 jours, 14. — De 10 à 15 jours, 6. — De 15 à 20 jours, 20. — De 20 à 25 jours, 19. — De 25 à 30 jours, 13. — De 30 jours et plus, 64. — Total : 173.

Nombre de couches des hospitalisées.

1^{res} couches, 94. — 2^{es} couches, 39. — 3^{es} couches, 24. — 4^{es} couches, 6. — 5^{es} couches, 5. — 6^{es} couches, 1.

Total : 169.

Nombre total de journées de présence dans le mois, 5,208.

Il nous reste, pour être complet, à parler de deux établissements qui dépendent de la Ville de Paris. Ils nous arrêteront moins longtemps que l'asile Michelet, car ils ne sont point spécialement destinés à l'hospitalisation des femmes enceintes, mais accueillent toutes les femmes sans distinction.

Le premier est l'Asile Pauline Rolland, situé rue Fessart, dans le XIX^e arrondissement. En 1894, cet éta-

blissement a hospitalisé 1,018 femmes, dont 574 étaient enceintes ; en 1895, 1,617 femmes, dont 824 au cours de leur grossesse. Le type de l'établissement est l'asile-ouvrier, mais le travail y est de minime rapport pour les hospitalisées. Les femmes, au moment de leur accouchement, sont dirigées sur les maternités ; celles dont l'état de santé nécessite des soins spéciaux, sont généralement dirigées sur Michelet.

Un établissement identique fonctionne de la même façon, rue Sthendhal, dans le XX^e arrondissement ; c'est l'Asile George Sand. En 1894, il a hospitalisé 480 femmes enceintes ; en 1895, le nombre monte à 981 sur 2,884, chiffre total des admissions.

Le prix de revient de la journée n'est pas sensiblement supérieur à 1 franc. Ces établissements sont passibles de graves reproches au point de vue médical. Nous reviendrons plus loin sur ce point spécial.

Laissant de côté quelques établissements privés de peu d'importance et dans lesquels toute surveillance médicale fait défaut, ce qui rend leur utilité presque nulle, à tel point qu'on a pu les appeler les « mauvais asiles », nous croyons avoir donné une idée d'ensemble du fonctionnement de ces établissements de création récente, mais dont l'importance augmente de jour en jour. Les femmes elles-mêmes paraissent accepter assez volontiers l'hospitalisation dans ces conditions ; le chiffre des demandes d'admission restées sans suite, faute de place, nous démontre qu'il est urgent de procéder à l'établissement de nouveaux asiles.

CHAPITRE V.

PROTECTION APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

L'accouchement en mettant fin à la grossesse ne doit point marquer le terme de la protection que nous réclamons pour les femmes nécessiteuses. C'est beaucoup de leur avoir assuré un repos favorable à leur santé et au développement de leur enfant ; c'est beaucoup également de leur procurer dans une maternité les soins nécessaires à leur état ; et cependant pour quelques-unes encore, il faudrait pouvoir faire plus.

Accouchées, les femmes restent habituellement hospitalisées pendant un laps de temps variant de 7 à 9 jours en moyenne ; il n'y a que celles ayant subi des interventions graves, qui voient leur séjour se prolonger pendant plus longtemps.

Et cela pour deux raisons : la première, la plus impérieuse et peut-être la plus pénible à avouer, c'est la nécessité de faire place aux nouvelles arrivantes. Le nombre de lits dont on dispose d'une part, la grande affluence des femmes qui viennent solliciter leur admission dans les maternités d'autre part, font qu'il n'est guère possible d'augmenter la durée de l'hospitalisation des femmes ré-

cemment accouchées. Du reste le pourrait-on faire, qu'il faudrait lutter contre le désir qu'elles manifestent habituellement de quitter rapidement l'hôpital et de reprendre leurs occupations, obligées qu'elles y sont le plus souvent par des nécessités d'ordres divers.

Quel est le résultat de cet état de choses ? Pour ne nous occuper que de la mère, c'est le retour à la vie normale avant que l'organisme ne soit revenu à son état d'intégrité. La durée de l'involution utérine est longuement discutée dans tous les classiques ; quelles que soient les divergences d'opinion ayant pu se faire jour à ce sujet, il est évident que la reprise trop hâtive du travail effectué à un moment où l'état général de la femme récemment accouchée ne peut impunément permettre le moindre surmenage, ne peut avoir que des conséquences fâcheuses. C'est pourquoi nous pensons que ce rôle de protection exercé pendant la grossesse, surtout au point de vue de la santé de l'enfant à naître, doit parfois continuer après l'accouchement, cette fois au profit surtout de la femme devenue mère. Ce n'est point assez de lui avoir permis de mettre heureusement au monde le produit de la conception ; il faut ne point l'exposer secondairement à des dangers dont les moindres conséquences sont de compromettre le plus souvent sa santé générale et son avenir génital. Ce sont ces femmes en effet qui fournissent le contingent principal de toutes les maladies qui viennent encombrer les salles de gynécologie et traînent pendant de longues années une existence de souffrances plus ou moins pénibles pour aboutir fatalement le plus souvent à ne pouvoir espérer leur salut qu'au prix de mutilations

irréparables. On s'est beaucoup élevé, et c'est là un thème de déclamations faciles, contre la hardiesse de certains chirurgiens, on nous a montré combien de femmes étaient jeunes encore retranchées du nombre des vivantes. Pourquoi ne point dire que le souvent la cause du mal est là où nous voulons la voir ? Ces femmes protégées après leur accouchement contre les difficultés de l'existence et il le faut aussi le proclamer, plus souvent encore contre elles-mêmes, ne reprenant leurs occupations qu'après leur complet rétablissement, ne s'exposant à aucune cause d'infection, n'auraient point vu les conséquences d'une grossesse déterminer des accidents sur les suites desquels nous n'insisterons point.

La charité privée a fait beaucoup pour arriver à ce but. Nous reviendrons plus loin sur ce point et nous dirons comment il se fait que les résultats obtenus ne soient point en rapport le plus souvent avec les sacrifices si libéralement consentis.

Deux établissements à Paris, hospitalisent les femmes accouchées et leurs enfants pendant et après leur sortie des maternités. Le premier, l'asile national du Vésinet ne leur est point spécial et reçoit avec les autres convalescentes des hôpitaux, une moyenne annuelle de 700 femmes accouchées, dont l'état de santé demande un temps de repos plus prolongé que celui qu'il est possible de leur accorder dans les services hospitaliers.

Le second, l'asile Ledru-Rollin, leur est spécialement destiné. Situé à Fontenay-aux-Roses, cet établissement dont la fondation remonte à 1892, comprend 50 lits et 50 berceaux. Malgré ses dimensions restreintes il a permis

d'hospitaliser en 1894, 858 femmes et 832 enfants ; en 1895, 991 femmes et 858 enfants ayant pour cette dernière année représenté un total de 28.957 journées.

Cet établissement dépend de la ville de Paris au budget de laquelle il figure pour une somme de 71.300 fr. pour l'année 1898.

Nous donnons ci-après la statistique détaillée des entrées et des sorties de cet établissement pendant le mois d'avril 1898. De cette manière, nos lecteurs pourront juger d'une façon assez exacte de la nature des services rendus par cette institution au profit des catégories sociales auxquelles elle s'adresse :

Lits utilisables : 50 femmes ; 50 enfants, Total : 100.

Lits occupés.

Lits occupés le 31 mars : 50 femmes ; 43 enfants.
Total : 93.

Entrées.

Femmes, 91 ;

Enfants, 82 ;

Total : 173.

Sorties.

Femmes, 91 ;

Enfants, 77 ;

Total : 168.

Lits occupés le 30 avril : femmes, 50 ; enfants, 48.
Total : 98.

État-Civil.

Femmes :

Célibataires, 73 ;

Mariées, 13 ;

Divorcée, 1 ;

Séparées, 2 ;

Veuves, 2 ;

Total : 91.

Enfants.

Garçons, 42 ;

Filles, 40 ;

Total : 82.

Décès.

Enfants, 3.

Provenance des convalescentes.

Du domicile, 2. — Des sages-femmes, 7. — Des hôpitaux, 82. — Total : 91.

Destination des convalescentes à leur sortie de l'Asile.

Domicile, 67. — Hôpitaux, 1. — Asiles et refuges, 1.
Placements, 22. — Total: 91.

Durée du séjour à l'Asile.

1 jour, 1. — De 2 à 5 jours, 5. — De 6 à 10 jours, 16.
De 11 à 15 jours, 32. — De 15 à 20 jours, 17. — De 20
à 30 jours, 18. — Au-dessus de 30 jours, 2. — Total: 91.

Professions.

Lingères, 6. — Couturières, 8. — Domestiques, 37. —
Journalières, 13. — Artiste lyrique, 1. — Modistes, 7.
— Cuisinières, 7. — Infirmières, 5. — Employées de
commerce, 1. — Femmes de chambre, 4. — Mécani-
cienne, 1. — Sans profession, 1. — Total: 91.

Ages.

Au-dessous de 18, 1; — de 18 ans, 3; — de 19 ans,
10; — de 20 ans, 5; — de 21 à 25 ans, 40; — de 26 à
30 ans, 15; — de 31 à 35 ans, 10; — de 35 à 40 ans, 6;
— Total: 91.

Durée du séjour à Paris.

Moins de 1 an de séjour, 15; — 1 an, 8; — 2 ans, 8;
— 3 ans, 13; — 4 ans, 6; — 5 ans, 2; — plus de 5 ans,
39; — Total: 91.

Renseignements médicaux.

1^{re} couches, 56; — 2^e couches, 20; — 3^e couches, 4; — 4^e couches, 4; — 5^e couches, 2; — 6^e couches, 1; — 7^e couches, 1; — 8^e couches, 2; — Total : 91.

Nationalités.

Françaises, 84; — Italienne, 1; — Suissesses, 3; — Autrichienne, 1; Alsacienne, 1; — Espagnole, 1; — Total = 91.

Nous avons parlé dans le chapitre précédent de l'Œuvre de l'Allaitement maternel, nous n'y reviendrons point ici, si ce n'est pour faire remarquer la grande utilité des différentes institutions relevant de cette œuvre. La femme protégée à l'Avenue du Maine pendant sa grossesse, suivie à l'hôpital pendant son accouchement, puis aidée à nouveau après sa sortie, ne cesse un instant d'être aidée et cette aide s'effectuant sous une direction toujours la même, sans interruption et sans transition est à notre sens ce qu'il faut le plus admirer dans cette belle œuvre qui venue la première en date, demeure aujourd'hui encore le modèle dont il faudra toujours s'inspirer.

En 1897, les dépenses ont été de 48.020 francs uniquement employées en secours aux femmes allaitant leurs enfants.

Les considérations qui précèdent expliquent suffisamment quelle importance nous croyons devoir attribuer à l'assistance après l'accouchement. C'est le complément

indispensable de la protection accordée aux femmes enceintes. Il ne suffit point de faire naître des enfants vigoureux et à terme dans de bonnes conditions; il ne faut point que les suites de couche marquent pour la mère le point de départ d'accidents graves, mettant la femme récemment accouchée dans l'impossibilité d'être mère une seconde fois.

CHAPITRE VI.

COMMENT PROTÉGER ET AIDER EFFICACEMENT LA FEMME ENCEINTE DE LA CLASSE OUVRIÈRE ?

Nous envisageons successivement dans ce chapitre trois modalités essentiellement différentes de la protection de la femme enceinte. Bien qu'à notre sens leur valeur soit inégale, nous estimons cependant qu'on est en droit d'attendre de bons résultats de l'application de chacune de ces mesures considérée isolément.

- 1° Protection légale de la femme enceinte.
- 2° Assistance matérielle par secours pécuniaires.
- 3° Hospitalisation.

1° PROTECTION LÉGALE DE LA FEMME ENCEINTE.

A. — *Mesures restrictives du travail.* — « Letravail n'est
« point une marchandise ordinaire, ce sont ses forces
« que l'ouvrier met à la disposition d'autrui et il n'en
« cède point volontairement l'usage, mais seulement
« par suite d'une nécessité d'existence. Faut-il l'aban-
« donner à lui-même si les exigences qu'il subit com-

« promettent sa santé, abrègent sa vie ? L'État a un
« droit de tutelle dans un but général d'humanité et un
« but de police ayant pour objet la sécurité des person-
« nes.

« Le travail n'est point chose d'intérêt purement pri-
« vé, c'est une fonction sociale, la source de prospé-
« rité générale. Le droit de l'État a donc un fondement cer-
« tain et nul que lui n'est en droit et en mesure d'exer-
« cer une efficace action tutélaire (1). »

Cette question de l'intervention de l'État dans la réglementation du travail est unanimement admise, même par les partisans les plus décidés de l'individualisme. L'application de ce principe a conduit la plupart des États à codifier le travail dans certaines circonstances particulières au double point de vue de sa durée et des conditions hygiéniques du milieu industriel.

La loi qui régit actuellement en France les conditions du travail des femmes et des enfants employés dans l'industrie date du 2 novembre 1892.

En ce qui concerne les femmes majeures, la loi limite la durée du travail quotidien à onze heures; elle défend le travail de nuit et l'emploi des femmes pour des travaux excessifs ou dangereux. Ces dispositions un peu vagues sont complétées par un décret en date du 13 mai 1893.

Il n'y a aucune disposition spéciale aux femmes enceintes. Certains États ont promulgué des lois spéciales. En Suisse, la loi fédérale du 23 mars 1875 dit : « Avant et

1. P. Cauwès, *Cours d'Économie politique*, 3^e édit. 1893. T. III, p. 37.

« après leurs couches il est réservé un espace de temps
« de huit semaines en tout pendant lequel les femmes ne
« peuvent être admises au travail dans les fabriques. Elles
« ne peuvent être reçues de nouveau dans la fabrique
« qu'après qu'elles ont fourni la preuve qu'il s'est écoulé
« six semaines au moins depuis le moment de leurs cou-
« ches. Le conseil fédéral déterminera les branches d'in-
« dustrie dans lesquelles les femmes enceintes ne peuvent
« être admises à travailler ». En Allemagne, la loi du 17
juillet 1878 réglementant le travail des femmes employées
dans l'industrie, dit : « les ouvrières ne peuvent être em-
ployées dans les fabriques six semaines avant et après
leurs couches ». En Hollande, un délai minimum de quatre
semaines est également imposé.

Cette question fut agitée à la conférence de Berlin (1890).
A cette conférence les représentants de la France escom-
tant des réformes non encore sanctionnées par la loi ont
voté les résolutions relatives à la suspension du travail
pendant quatre semaines après les couches, bien qu'ils
se soient abstenus sur d'autres points également en sus-
pens et résolus depuis par l'affirmative comme la limita-
tion de la durée du travail des femmes majeures (1).

Y-a-t-il lieu de demander actuellement en France le
vote d'une loi de cette nature? Nous laissons de côté la
question pratique de l'application, question toujours dif-
ficile à résoudre, comme le prouve l'expérience de l'ap-
plication des lois portant réglementation du travail, nous

1. *Conférence de Berlin*, 1890. Publication du Ministère des Affai-
res Etrangères.

avons à faire surtout une objection. Admettons que la limitation du travail soit édictée et pratiquée. Les résultats obtenus ne seront forcément que partiels et incomplets. Un grand nombre de femmes, et ce ne sont pas les moins intéressantes, échappent de par la matière de leurs occupations à toute réglementation. Comment protéger la domestique employée par le petit commerçant ou le ménage bourgeois ; la femme qui est marchande des quatre saisons ou porteuse de pain ? Comment enfin défendre contre elles-mêmes celles qui travaillent chez elles comme confectionneuses, mécaniciennes, fleuristes, etc. Nous avons vu personnellement un grand nombre de femmes appartenant à ces diverses catégories, ne quitter leur travail que pour venir accoucher à l'hôpital d'un enfant dont le triste état physique était la meilleure preuve des fatigues supportées par la mère pendant toute la durée de la grossesse.

Donc, loi utile, indispensable même, mais aussi insuffisante.

Nous avons fait remarquer dans un chapitre précédent que nous avons observé nombre de femmes pour lesquelles le repos n'avait été que la conséquence du manque d'un travail que leur état de grossesse leur interdisait. Qu'il s'agisse d'une fille-mère vivant isolée, ou d'une femme dont le travail est indispensable pour subvenir aux charges du ménage, le résultat est le même : point de travail c'est la misère plus ou moins grave, plus ou moins facilement supportée par la mère, mais toujours meurtrière pour l'enfant. Donc pour avoir des résultats excellents, une loi ne devra intervenir qu'au moment où les

établissements d'assistance pour les femmes enceintes, auront pris un développement tel qu'il sera possible à toute femme, mise de par la loi dans l'impossibilité de travailler, de se faire assister.

Indépendamment de cette question de limitation légale de la durée du travail, il y aurait peut-être lieu d'attendre quelque bénéfice de l'intervention des associations syndicales patronales et ouvrières s'occupant des intérêts matériels de la classe ouvrière. En Amérique, les Trades-Unions ont considéré la question du travail des femmes employées dans l'industrie comme particulièrement intéressante et s'y consacrent spécialement.

B. — *Hygiène industrielle.* — Nous laissons volontairement de côté les industries qui déterminent chez les ouvrières employées des intoxications plus ou moins graves et de nature à troubler l'évolution normale de la grossesse.

Au point de vue de l'hygiène générale du milieu ouvrier, nous avons une loi en date du 12 juin 1893 qui réglemente l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les milieux industriels. L'Angleterre nous offre le type d'une organisation très complète. Le Conseil supérieur de l'Assistance « *the local government Board* » aidé de comités locaux d'Assistance « *the local Board of Health* » est chargé de l'application d'un code d'hygiène publique et industrielle qui date de 1875 et dont les dispositions sont des plus précises. De plus, tous les industriels sont tenus d'établir un règlement relatif à l'hygiène et à la sécurité des ouvriers qu'ils emploient : ce règlement doit

être approuvé par le Ministère de l'intérieur (1). Une telle réglementation ne peut donner que d'excellents résultats, mais elle n'est guère applicable qu'à la grande industrie. C'est du reste à notre sens le mode de travail offrant le plus de garanties et le plus de facilité pour l'application des mesures de protection.

« L'industrie sans moteur mécanique et se pratiquant dans de petits ateliers, se trouve en général dans des conditions plus fâcheuses pour l'hygiène de l'ouvrier, la modération du travail et le prix de la main-d'œuvre que l'industrie à moteur mécanique s'exerçant dans de vastes installations (2) ».

Il est évident que toutes les mesures ayant pour but d'améliorer l'hygiène du milieu ouvrier, exerçant une heureuse influence sur la santé générale de la femme ne pourront que se répercuter heureusement sur l'enfant qui sera mis au monde par cette femme, de là l'intérêt qu'il y a à ne point perdre de vue ce côté de la question.

2° ASSISTANCE MATÉRIELLE PAR SECOURS PÉCUNIAIRES

Ce mode d'assistance très pratiqué par l'initiative privée et collective, employé officiellement sur une très grande échelle par l'assistance aux nouveau-nés, n'a été que peu appliqué à l'assistance des femmes enceintes. Sur l'initiative de M. P. Strauss, on a inscrit au budget de la

1. A Palmberg. *Traité de l'hygiène publique d'après ses applications dans les différents Etats de l'Europe*. Trad. française. Paris, 1892.

2. P. Leroy-Beaulieu, *Economie politique*. T. 1, p. 443.

Ville de Paris pour 1894 une somme de 100.000 francs pour assistance des femmes nécessiteuses au cours de leur grossesse.

Ces mesures sont appliquées depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible de se prononcer exactement sur leur valeur. Leur utilité est incontestable, leur valeur absolue est plus discutable. Ce qui manque à ce mode d'assistance pour être complet, c'est la surveillance médicale. Il ne suffit point d'aider pécuniairement une femme, il faut la surveiller pour prévenir toutes les complications possibles de la grossesse. Peut-être serait-il facile de supprimer cet inconvénient en rattachant administrativement les femmes ainsi secourues à un asile ou à une maternité chargée de délivrer périodiquement le secours et de faire précéder cette délivrance d'une visite médicale, qui permettrait de retenir celles des femmes dont des circonstances particulières sembleraient nécessiter l'hospitalisation, en vue d'une surveillance médicale plus étroite.

Mais ce mode d'assistance a de grands avantages pendant les suites de couches et les premiers mois de la vie du nouveau-né. L'initiative privée et la mutualité ont réalisé d'utiles progrès dans le but d'aider la femme nouvellement accouchée et l'enfant qui vient de naître.

La première Société de Charité Maternelle remonte à 1784, elle fut fondée à Paris par Mme de Fougeret. Depuis des sociétés particulières se sont créées un peu partout sur le même modèle. En 1889 il y en avait, d'après Napias, 76 fonctionnant régulièrement. Ces sociétés ont pour but d'aider les femmes à subvenir à leurs besoins pendant leurs suites de couches et à assurer au nouveau-

né un bien-être relatif. Leur fonctionnement variable, suivant les localités, ne peut guère permettre un jugement d'ensemble; il est cependant regrettable que beaucoup d'entre elles accordent trop d'importance à des questions confessionnelles et n'admettent point à leur secours les filles-mères.

L'institution la plus parfaite fondée sur ce modèle est la Mutualité Maternelle de Paris. Elle a été instituée par trois chambres syndicales, celle de confection et couture, celle de dentelles et broderies, celle de passementerie et de mercerie. Les adhérentes appartenant à l'une des catégories ci-dessus indiquées paient une cotisation mensuelle de 0 fr. 50 par mois. Après l'accouchement, la société paie une prime hebdomadaire de 18 francs accordée pendant quatre semaines et exceptionnellement pendant plus. En outre, dans le cas d'allaitement maternel, on attribue à la mère une prime supplémentaire de 20 francs.

La Société pour l'allaitement maternel poursuit un but d'assistance identique. Nous nous en sommes occupé en parlant de l'asile ouvrier de l'avenue du Maine, dont on lui doit la création.

Des sociétés semblables existent en province poursuivant des buts analogues et s'occupant de la protection des enfants en bas-âge, à ce sujet on peut, pour les détails qui ne sauraient trouver place ici, consulter l'article de Napias dans l'*Encyclopédie d'hygiène de Rochard*.

En résumé, nous pensons que l'assistance pécuniaire ne pourra jamais prétendre à remplacer l'assistance par l'hospitalisation; mais sous la réserve de l'adjonction que nous estimons facile d'une surveillance médicale intermit-

tente il est vrai, mais cependant réelle, il est permis de dire qu'on peut entirer d'excellents effets.

Mais c'est spécialement dans les suites de couches que ce procédé peut-être utile ; il a depuis trop longtemps donné des preuves de son efficacité pour que nous croyions utile d'insister plus longuement à ce sujet.

3° HOSPITALISATION.

Nous avons décrit sommairement les différents modes d'hospitalisation que la charité administrative ou l'assistance privée mettent à Paris à la disposition des femmes enceintes nécessiteuses. Tous ces établissements rendent à des titres divers des services dont on ne saurait contester l'efficacité, mais il est de notre devoir de reconnaître que les résultats obtenus sont inégaux au point de vue de leur valeur.

Quel est donc le mode d'assistance à la fois pratique, efficace et économique auquel il convient de s'arrêter ?

Nous éliminerons d'abord un type d'hospitalisation ; c'est celui qui est employé dans les deux refuges ouvroirs de la ville de Paris, dont nous avons expliqué le fonctionnement ; asile Pauline Rolland et asile George Sand. Ces établissements où l'on admet indistinctement toutes les femmes nécessiteuses, sans avoir égard à leur état de santé et de maladie, forment autant de milieux où l'on ne peut faire vivre une femme enceinte sans l'exposer à de sérieux inconvénients. Ces refuges devraient conserver leur caractère de refuges, c'est-à-dire d'établissements de

passage, destinés en quelque sorte à recueillir en l'espèce les femmes enceintes nécessiteuses et à les diriger sur l'asile spécialement destiné à leur hospitalisation. Leur rôle étant ainsi compris, ils pourraient rendre de très appréciables services.

Quant aux dortoirs annexés aux maternités, ils offrent ces inconvénients multiples de la grande limitation du nombre des places et du prix relativement élevé de la journée d'hospitalisation. De plus ils seront toujours et à juste titre dans les grandes villes, des annexes de services consacrés plus ou moins complètement à l'enseignement. Ces raisons nous semblent suffisantes, pour pouvoir dire que c'est en faisant appel à d'autres moyens qu'il faut rechercher la solution de la question qui nous intéresse.

Restent les asiles consacrés uniquement aux femmes enceintes : Michelet, l'Asile de l'Avenue du Maine. Nos préférences personnelles sont à eux.

Une seule différence sépare ces deux établissements : l'un est un asile, l'autre est un asile-ouvroir, la question est de peu d'importance à notre sens. Que les femmes soient laissées libres ou astreintes au travail cela n'importe que peu, à condition que le travail des femmes hospitalisées ne soit jamais une source de revenus pour l'établissement. Ce qu'il faut éviter, c'est l'assistance par le travail, telle qu'on la pratique dans les Workhouses. Quelle opinion que l'on puisse avoir sur la valeur si discutée de ce mode d'assistance, on nous permettra de dire que les femmes enceintes ont droit de par leur état à une assistance plus libérale, plus humanitaire en un mot.

Le travail facultatif, dont le produit serait remis à la femme après son accouchement pour subvenir à ses premiers besoins et à ceux de son enfant, nous semble une solution parfaitement acceptable.

Cette question préjudicielle résolue, il nous reste à indiquer dans les grandes lignes tout au moins le mode d'établissement et de fonctionnement de l'asile.

En ce qui concerne la construction et l'hygiène générale, il est inutile de dire que toutes les règles de l'hygiène nosocomiale seront strictement appliquées. Nous croyons inutile d'entrer dans plus de détails. Les trop vastes dortoirs renfermant un grand nombre de lits seront proscrits et l'on devra séparer les femmes valides de celles dont l'état nécessite des soins spéciaux, (albuminuriques, syphilitiques, cardiaques) ou constitue une cause d'infection pour le milieu (tuberculose).

Le point important est celui de l'assistance envisagée au point de vue médical. Le personnel devra comprendre un ou plusieurs accoucheurs, un personnel auxiliaire de sages-femmes suffisant pour assurer la permanence de surveillance médicale. Dès son entrée la femme sera examinée soigneusement, ce qui permettra de déterminer si elle a besoin simplement d'une assistance matérielle ou si son état de santé est tel qu'on doive la considérer comme devant recevoir des soins spéciaux.

Dans le premier cas, l'assistance matérielle doublée d'une surveillance suffisante permettront à la grossesse d'évoluer heureusement. Dans le second cas, la femme sera considérée comme une malade soumise à une visite

quoditienne et traitée jusqu'à son accouchement pour être à ce moment dirigée vers une maternité.

Les résultats à obtenir de cette pratique ne sont plus à démontrer. Avantage au point de vue de l'enfant : enfants vigoureux naissant à terme. Avantages au point de vue de la mère et de l'enfant : traitement rigoureux de la syphilis et de l'albuminurie. Avantages au point de vue de l'accouchement et de ses suites : prophylaxie d'accidents souvent évitables par le traitement préventif des présentations vicieuses ; enfin suppression presque absolue de la mortalité hospitalière par septicémie puerpérale : en effet, les quelques femmes qui succombent annuellement dans les milieux hospitaliers à cette affection sont pour la plupart de malheureuses femmes qui accouchent dans les plus mauvaises conditions, dénuées de tous soins et privées de toute assistance.

Ces résultats certains sont assez encourageants pour que l'on cherche à en généraliser l'application. Si quelques essais ont été faits à Paris, tout est à créer en province, les avantages à retirer de cette pratique compenseront facilement les sacrifices exécutés et la société en retirera encore un bénéfice appréciable.

Il nous reste à nous occuper de l'assistance après l'accouchement. Nous n'en dirons que peu de mots : l'établissement du Vésinet qui hospitalise, comme nous l'avons vu, une moyenne annuelle de 700 femmes accouchées est passible de ce reproche de mêler des enfants nouveaux-nés à des convalescents de catégories diverses ; dans les cas où l'on voudra pratiquer l'hospitalisation des femmes récemment accouchées dans un asile de convalescence,

il sera toujours indispensable d'établir pour elles un isolement aussi rigoureux que possible. On a établi dans les hôpitaux de Paris des maternités complètement indépendantes, il faudrait sur ce point spécial s'inspirer des mêmes idées.

L'asile Ledru-Rollin, de Fontenay-aux-Roses, nous fournit le type de l'établissement dont on doit encourager la création. Malgré ses ressources très restreintes et le petit nombre des lits utilisables il rend d'incontestables services. L'organisation de semblables établissements serait facile, la surveillance médicale s'exerçant sur les nouveau-nés, complèteraient l'œuvre de protection commencée à l'asile des femmes enceintes durant la grossesse, puis continuée dans les maternités au moment de l'accouchement. Les enfants nés dans de bonnes conditions, protégés encore pendant quelques jours avant de vivre la vie souvent pénible des nouveau-nés du peuple, seraient dans un état de santé leur permettant de résister aux causes de morbidité, plus nombreuses pour eux que pour les enfants appartenant à des milieux plus heureux.

Nous considérons ici notre tâche comme terminée, nous espérons avoir démontré que l'assistance aux femmes enceintes nécessiteuses est pour la société un devoir impérieux mais facilement réalisable. Les sacrifices exécutés pour cet objet ne seront point vains et ne pourront manquer de se traduire par un bénéfice d'existences qu'on pourrait presque déterminer mathématiquement. C'est dire quel intérêt puissant offre cette question ; c'est dire

aussi tout l'avantage qu'il y aurait à attirer l'attention de l'initiative privée sur un mode d'assistance dont les résultats immédiats et éloignés sont d'une utilité absolument incontestable.

CONCLUSIONS

I. — La Société a intérêt à donner aux femmes enceintes de la classe ouvrière, la facilité d'être assistées pendant une partie de leur grossesse. C'est le moyen le plus sûr de porter remède à l'élévation du taux de la mortalité et de la mortalité infantile dans les milieux nécessaires ; mortalité dont l'importance détruit en grande partie le bénéfice qui résulte de l'élévation du taux de la natalité dans les mêmes milieux.

II. — Cette assistance ne doit point se borner à la simple protection légale ; purement matérielle, elle serait souvent incomplète ; elle n'est parfaite qu'autant qu'elle est complétée par une surveillance médicale réelle et constante.

III. — Le rôle de la Société ne doit point se borner à protéger l'enfant qui vient de naître, elle doit également aide et protection à la femme nécessiteuse devenue mère, au moins pendant la période de temps nécessaire à son complet rétablissement.

Vu : le Président de la thèse

PINARD

Vu le Doyen de la Faculté

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

Impr. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.